

اثربخشی آموزش مهارت های اجتماعی بر نظریه ذهن و بدتنظیمی هیجانی در نوجوانان مبتلا به دیابت

آیسان دلخوش

دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت

چکیده

وجود مشکلات روانشناختی در نوجوانان مبتلا به دیابت امری شایع می باشد. به همین منظور پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت های اجتماعی بر نظریه ذهن و بدتنظیمی هیجانی در نوجوانان مبتلا به دیابت انجام شد. پژوهش حاضر از نوع آزمایشی (طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و انتساب تصادفی) می باشد. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه نوجوانان مبتلا به دیابت شهر تبریز در سال ۱۴۰۱ بود که به مراکز مربوطه مراجعه نموده بودند. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر بود که پس از تکمیل آزمون نظریه ذهن و بدتنظیمی هیجانی افرادی که نمره آنها یک انحراف معیار از میانگین متفاوت بود انتخاب شدند. با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند ۳۰ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. بعد از اتمام دوره ۸ جلسه ای آموزش مهارت های اجتماعی در گروه آزمایشی داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که آموزش مهارت های اجتماعی بر ارتقای نظریه ذهن و کاهش بدتنظیمی هیجانی در گروه آزمایشی به طور معناداری موثر بوده است $P < 0/01$. نتایج این پژوهش تلویحات مهمی در زمینه آموزش مهارت های اجتماعی و مداخلات درمانی برای ارتقای نظریه ذهن و کاهش بدتنظیمی هیجانی نوجوانان مبتلا به دیابت به همراه دارد.

واژه های کلیدی: آموزش مهارت های اجتماعی، نظریه ذهن، بدتنظیمی هیجانی، دیابت.

۱- مقدمه

دیابت، یکی از بیماری‌های مزمنی است که سالیان دراز گریبان گیر بشر بوده، در سراسر دنیا پراکنده است (نانگ و همکاران، ۲۰۲۰) و در تمام سنین دیده می‌شود (انجمن دیابت آمریکا، ۲۰۱۸) بیماری دیابت ناشی از نقص پانکراس در تولید انسولین کافی برای انجام فرآیندهای طبیعی سوخت و ساز غذا است (سلاویچ و همکاران، ۲۰۱۹). مشکلات شایع روانی همراه با این بیماری معمولاً به تأثیر دیابت بر عملکرد روزمره‌ی زندگی بیمار و نیز آثار ناشی از ترکیب روش‌های کنترل دیابت با باورها و سبک زندگی موجود بیمار ارتباط دارند (دکون، ۲۰۱۸).

شناخت اجتماعی به عنوان احاطه کننده همه مهارت‌های مورد نیاز کودک برای این که این تمایلات، هیجانات و احساسات دیگر کودکان و بزرگسالان را درک کند، شناخته می‌شود (سبیلو و ویشارت، ۲۰۰۸). اخیراً برخی مطالعات به بررسی سازه‌های شناخت اجتماعی نظیر ادراک شخص، مهارت‌های پذیرش نقش و نظریه ذهن پرداخته‌اند (گریدی و کیتلی، ۲۰۰۲). سازه اخیر یعنی نظریه ذهن یکی از بحث برانگیزترین موضوعات مطرح در روان‌شناسی می‌باشد (ویتراب و همکاران، ۲۰۱۹). نظریه ذهن توانایی درک افکار و احساسات دیگران بر اساس استنباط حالات ذهنی است (دالگرن و همکاران، ۲۰۱۰). داشتن نظریه ذهن ما را قادر به شناخت هیجانات، درک باورها و امیال و پیش‌بینی رفتارهای دیگران می‌سازد (بودن و همکاران، ۲۰۱۰). فلاول و همکاران (۱۹۹۳) با حمایت از دیدگاه رشدی در مورد نظریه ذهن، معتقدند نظریه ذهن دارای سه سطح است که عبارتند از سطح اول نظریه ذهن که همان شکل‌گیری نظریه مقدماتی است، سطح دوم که در آن یک نظریه ذهن واقعی، ولی اولیه شکل گرفته است و سطح سوم که جنبه‌های پیشرفته نظریه ذهن نظیر درک شوخی و قضاوت‌های پیچیده را شامل می‌شود. درک عقیده غلط اولیه و درک عقیده غلط ثانویه (سطح دوم و سوم نظریه ذهن) ابزار قدرتمندی برای درک خویشتن و دیگران و پیش‌بینی خوبی برای مهارت‌های اجتماعی می‌باشد (ملافریس، ۲۰۱۹).

از عوامل متعددی که بر نظریه ذهن تأثیر دارند می‌توان به زبان، توانایی‌های شناختی، بازی و انمود کردن، درک عقیده غلط، داشتن خواهر و برادر و تجربیات اجتماعی اشاره کرد. از سوی دیگر تحقیقات متعددی تأثیر درک نظریه ذهن بر مهارت‌های اجتماعی را نشان می‌دهد (هیماچی و همکاران، ۲۰۱۸).

بدتنظیمی به مفهوم اشکال در کنترل کیفیت و مدیریت هرآنچه که کیفیت خاصی دارد، تعریف می‌شود. (کلارک، تانچرپارت، ۲۰۰۸). انواع بدتنظیمی‌ها در ابعاد مختلف روانی، از جمله مهمترین مشکلات روانشناختی رایج دوران کودکی تا نوجوانی است. تنظیم رفتاری، تنظیم شناختی و تنظیم هیجانی با یکدیگر در تعامل نزدیک بوده و از لحاظ آماری به هم مرتبط هستند (تارتر و همکاران، ۲۰۰۳)، در نتیجه هم با یکدیگر و هم به طور جداگانه مورد مطالعه قرار می‌گیرند. بدتنظیمی روانشناختی، به صورت ناتوانی در کنترل مطلوب و هدایت شده شناخت و رفتار و واکنش‌های هیجانی فرد برای رسیدن به هدف مورد نظر معرفی می‌شود (کلارک و همکاران، ۲۰۰۸) و بسیار شبیه مفهوم خودتنظیمی یا خودکنترلی (بعد شناختی و ذهنی) است که در بزرگسالان مطالعه شده است، با این تفاوت که بدتنظیمی روان شناختی هم شامل بعد شناختی و هم بعد رفتاری و هم بعد هیجانی است (هریس و همکاران، ۲۰۱۶). گسترش انواع بدتنظیمی‌ها در ابعاد مختلف روانی از جمله مهمترین مشکلات روانشناختی رایج دوران نوجوانی است. از جمله بدتنظیمی‌های رایج که از دوران کودکی و نوجوانی شکل می‌گیرند عبارتند از: بدتنظیمی هیجانی شامل احساسات بسیار ناپایدار که بسیار قدرتمند در برابر کنترل هستند. بدتنظیمی هیجانی همچنین باعث اشکال در شناسایی یا نامگذاری برخی احساسات تجربه شده می‌شود. بدتنظیمی هیجانی باعث اختلال در هوشیاری، درک و کنترل احساسات، عاطفه منفی و اشکال در ابراز هیجانات، رفتارهای خشونت آمیز و پرخطر جنسی و به طور کلی آسیب‌های

روانی می‌گردد. از طرفی مطالعات نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌تواند باعث کاهش بدتنظیمی هیجانی گردد.

مهارت‌های اجتماعی مجموعه‌ای از توانایی‌ها هستند که روابط اجتماعی مثبت و مفید را آغاز و حفظ می‌کنند، دوستی و صمیمیت با همسالان را گسترش می‌دهند، سازگاری رضایت‌بخشی را در مدرسه ایجاد می‌کنند و به افراد اجازه می‌دهند تا خود را با شرایط موجود وفق داده و تقاضاهای محیط اجتماعی را بپذیرند (گرشام و همکاران، ۲۰۰۱). به طور کلی مفهوم مهارت اجتماعی یکی از موضوعات مورد بررسی در شناسایی مهارت‌هایی است که کمبود آنها می‌تواند پیامدهای زیانباری از جمله ناهنجاری‌ها، مشکلات شخصیتی، عاطفی و اختلالات رفتاری همچون پرخاشگری را به دنبال داشته باشد (سگرین و تیپلور، ۲۰۰۷). به نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های اجتماعی با تأکید بر افزایش روابط بین فردی، توانایی بهتر مدارا با طرد شدن، ناکامی و استرس باعث کاهش رفتارهای پرخاشگرانه می‌گردد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). امروزه شواهد بسیاری بدست آمده است که نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های اجتماعی اساسی با کاهش رفتار پرخاشگرانه ارتباط دارد. گرشام، باوون و کوک (۲۰۰۶) در پژوهشی مهارت‌های اجتماعی را به عنوان رفتارهای جایگزین برای دانش‌آموزان در معرض خطر پیشنهاد داده‌اند. آنها پس از آموزش مهارت‌های اجتماعی در ۱۲ هفته به کودکان و نوجوانان پرخاشگر که از اختلالات رفتاری و عاطفی رنج می‌بردند، خاطر نشان ساختند که آموزش مهارت‌های اجتماعی بر مهار خشم و پرخاشگری، دوستیابی، ارتباط و ابراز وجود موثر بوده است. همچنین نانگل و همکاران (۲۰۰۲) در پژوهشی با عنوان آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و نوجوانان پرخاشگر به بررسی ۵۰ پسر سیاهپوست پرداختند. این پژوهشگران معتقدند که می‌توان با ایجاد حساسیت و مسئولیت در کودکان از طریق آموزش فعالیت‌ها و مهارت‌های اجتماعی آنها را از خطر مبتلا شدن به رفتارهای ضداجتماعی رهانید. آنها از طریق آموزش مهارت‌های روابط مثبت، مدیریت رفتار کودکان در معرض خطر و با ایجاد سرگرمی‌های اصلاحی توانستند پرخاشگری را در این کودکان تا حد قابل ملاحظه‌ای کاهش دهند. آددپو (۱۹۹۹؛ به نقل از هرناندز، ۲۰۰۶) در پژوهشی نشان داد که به کودکانی که دارای رفتارهای گسلسنده به خصوص پرخاشگری هستند، می‌توان به طور موفقیت‌آمیزی مهارت‌های اجتماعی را آموزش داد. با توجه به اینکه با آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌تواند به ارتقای نظریه ذهن و کاهش بدتنظیمی هیجانی کمک کند تا از این طریق کودکان حالات ذهنی دیگران را درک کنند و از آن برای برقراری تعاملات اجتماعی استفاده کنند و بدین ترتیب می‌توان از بروز اختلالات رفتاری و استرس‌ورهای محیطی که به دلیل کمبود مهارت در برقراری تعاملات اجتماعی به وجود می‌آید، جلوگیری به عمل آورد؛ بنابراین پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا آموزش مهارت‌های اجتماعی بر نظریه ذهن و بدتنظیمی هیجانی نوجوانان مبتلا به دیابت تاثیر دارد؟

روش

این پژوهش با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل با انتساب تصادفی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه نوجوانان مبتلا به دیابت شهر تبریز در سال ۱۴۰۱ بود که به انجمن دیابت استان آذربایجان شرقی مراجعه کرده بودند و تعداد ۳۰ نفر از آنها به صورت هدفمند انتخاب شد و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابتدا از همه آزمودنی‌ها آزمون نظریه ذهن و بدتنظیمی هیجانی به عمل آمد و سپس ۱۵ نفر گروه آزمایش مهارت‌های اجتماعی را دریافت نمودند و برای ۱۵ نفر گروه آزمایش مداخله‌ای انجام نشد و بعد از اتمام دوره مجدداً از همه آزمودنی‌های پس‌آزمون بعمل آمد.

بعد از انتخاب گروه های نهایی پژوهش، از آزمودنی های دو گروه خواسته شد که در یک جلسه ی توجیهی شرکت کنند. در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود. فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط مراجعان تکمیل شد و پژوهشگران به مراجعان این اطمینان را دادند که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات درمانی و نتایج پرسشنامه ها محرمانه خواهد بود.

ابزار پژوهش

آزمون نظریه ذهن: فرم اصلی این آزمون دارای ۷۸ سوال است که توسط استیمن (۱۹۹۴)؛ به نقل از موریس و همکاران، (۱۹۹۹) برای ارزیابی نظریه ذهن طراحی گردیده است. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه ۳۸ سوالی که قمرانی و همکاران (۲۰۰۶) هنجاریابی نموده اند، استفاده شد که این آزمون به صورت مصاحبه اجرا شده و شامل تصاویر و داستانهایی است که اجرا کننده پس از ارائه آنها به آزمودنی، سوالاتی را مطرح می نماید. این آزمون از سه خرده مقیاس تشکیل شده است که عبارتند از: ۱- نظریه ذهن مقدماتی: سطح اول نظریه ذهن است که به بازشناسی عواطف و وانمودسازی مربوط است. ۲- نمود اولیه از نظریه ذهن واقعی: که سطح دوم نظریه ذهن میباشد و شامل درک باور غلط است. ۳- ابعاد پیشرفته تر نظریه ذهن: که سطح سوم نظریه ذهن بوده و شامل درک شوخی و باور غلط ثانویه است. این آزمون از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است (گرشام و همکاران، ۲۰۰۱)، به طوری که روایی همزمان از طریق همبستگی با تکلیف خانه عروسک ها ۰/۸۹ محاسبه گردید و ضرایب همبستگی خرده آزمون ها با نمره کل ۰/۸۲ تا ۰/۹۶ به دست آمد. همچنین جویباری و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی همسانی درونی آزمون را بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی را بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۴ گزارش کردند.

آزمون بدتنظیمی روان شناختی

برای سنجش بدتنظیمی روان شناختی از پرسشنامه بدتنظیمی روانشناختی (PDI) استفاده می شود. PDI یک پرسشنامه خودگزارش دهی ۳۰ آیتمی است که نسخه کوتاه شده پرسشنامه اصلی بدتنظیمی روان شناختی است که توسط مزيج، تارتر، گیانکولا و کریسکی در سال ۲۰۰۱ ساخته شده است. که برای اندازه گیری بدتنظیمی روانشناختی نوجوانان استفاده می شود. PDI برای ارزیابی سه بعد از بدتنظیمی (هیجانی/عاطفی، رفتاری و شناختی) طراحی شده است. که با ابزارهای پریشانی هیجانی و رفتاری در دختران و پسران نوجوان ارتباط معناداری دارد (پاردینی، لوکمن و فریک، ۲۰۰۳). این پرسشنامه شامل ۳۰ گویه و دارای ۳ خرده آزمون بدتنظیمی رفتاری، بدتنظیمی شناختی و بدتنظیمی هیجانی می باشد. آزمودنی ها با ۴ گزینه (هرگز، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) به سوالات پاسخ می دهند و نمره گذاری آنها . تا ۳ برای بدتنظیمی رفتاری (گویه های ۱ تا ۱۰) و بدتنظیمی شناختی (گویه های ۱۱-۲۰) و برای بدتنظیمی هیجانی (گویه های ۲۱-۳۰) می باشد. تحقیقات قبلی برای PDI همسانی درونی خوبی نشان داده و آلفای کرونباخ هر سه مقیاس بدتنظیمی هیجانی، رفتاری و شناختی به ترتیب $a=0/80$ ، $a=0/84$ و $a=0/80$ بودند. (مزيج و همکاران، ۱۹۹۷، پاردینی و همکاران، ۲۰۰۳، ماری، ۲۰۰۸). ویژگی های روان سنجی آن در ایران توسط شالچی و سیدهاشمی مطلوب گزارش شده است. (سیدهاشمی، ۱۳۹۶).

مداخله

گروه آزمایش ۸ جلسه ی درمانی ۹۰ دقیقه ای را به صورت گروهی دریافت کردند.

جلسه ی اول: معارفه و آشنایی با اعضای گروه، بیان مقررات گروه و آموزش مهارت های کلامی و غیر کلامی.

جلسه ی دوم: آموزش ابراز وجود و تفاوت آن با رفتار پرخاشگرانه.

جلسه ی سوم: کنترل خشم و تمرین در مورد انتقادپذیری، ارائه الگو در مورد نحوه ی برخورد مناسب و موثر با انتقاد، دادن تکلیف در مورد کنار آمدن و قبول انتقاد و مهارت حل مساله و مقابله با ناکامی.

جلسه ی چهارم: بحث در خصوص اینکه چرا باید انتقاد کنیم، تکلیف در مورد ارائه بازخورد به دیگران و مهارت معذرت خواهی کردن از دیگران و پذیرفتن عذرخواهی دیگران (نحوه کنار آمدن با انتقاد).

جلسه ی پنجم: تمرین بر روی نحوه ی تقاضا کردن از دیگران، ارائه الگو در مورد نحوه برخورد با شخصی که تقاضای ما را رد کرده است، دادن تکلیف در مورد تقاضا کردن و ارائه پاسخ های مناسب و مهارت های مربوط به ابراز احساسات مثبت و منفی و مهارت نه گفتن. (تقاضا کردن و رد تقاضای غیر منطقی و غیر معقول).

جلسه ی ششم: تمرین بر روی شیوه های مبادله تعارف های روزمره، تمرین بر روی شروع گفتگو و ادامه مناسب و خاتمه آن. دادن تکلیف در مورد آغاز کردن گفتگو با دیگران و مهارت گوش دادن.

جلسه ی هفتم: تمرین بر روی ابراز احساسات، ارائه الگو در مورد نحوه بیان احساسات گوناگون، مانند شادی، خشم، اندوه و دادن تکلیف در مورد نحوه ابراز احساسات و مهارت های مربوط به درخواست کمک و کمک کردن به دیگران.

جلسه ی هشتم: جمع بندی و ارائه خلاصه ای از مطالب مطرح شده و ارزشیابی از نتایج جلسات و خود ارزیابی (بازنگری مطالب گذشته و جمع بندی).

روش تجزیه و تحلیل داده ها

برای تحلیل داده های توصیفی پژوهش از میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد و برای تحلیل داده های استنباطی، تحلیل آماری کوواریانس چند متغیره با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد.

یافته ها

پس از اجرای آموزش مهارت های اجتماعی از هر دو گروه پس از آزمون بعمل آمد و سپس داده های مرتبط با پیش آزمون و پس آزمون استخراج شد. در جدول (۱) نتایج مربوط به آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط پیش آزمون و پس آزمون نشان داده شده است.

جدول شماره ۱: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایشی و

کنترل

پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		متغیرها
گروه کنترل	گروه آزمایشی	گروه کنترل	گروه آزمایشی	گروه کنترل	گروه آزمایشی	گروه کنترل	گروه آزمایشی	
تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	میانگین
انحراف	انحراف	انحراف	انحراف	انحراف	انحراف	انحراف	انحراف	میانگین
معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار
د	د	د	د	د	د	د	د	معیار
								کل

۱۵	۳/۸۰	/۴۰	۱۵	۴/۰۵	/۴۰	۱۵	۳/۶۵	۲۰/۶۴	۱۵	۳/۲۰	۲۱/۵۹	نظریه ذهن
		۲۰			۲۷							
۱۵	۲/۵۰	/۴۰	۱۵	۲/۳۹	۸/۸۰	۱۵	۲/۲۲	/۴۱	۱۵	۲/۶۸	۱۱/۰۹	بعد رفتاری بد تنظیمی
		۱۱						۱۰				
۱۵	۲/۰۰	/۲۰	۱۵	۱/۷۳	۷/۰۰	۱۵	۲/۰۷	/۲۰	۱۵	۲/۰۵	۱۲/۹۰	بعد شناختی بد تنظیمی
		۱۱						۱۱				
۱۵	۲/۰۰	۱۶/۷۳	۱۵	۳/۱۱	/۲۰	۱۵	۳/۷۸	۱۶/۸۰	۱۵	۳/۳۷	۱۵/۲۰	بعد هیجانی بد تنظیمی
					۱۱							

مندرجات جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، گروه‌های مورد مطالعه در اغلب متغیرهای مورد مطالعه در مرحله پیش آزمون تفاوت‌های چشمگیری از نظر آماری با ملاحظه نمی‌شود اما در گروه آزمایش پس آزمون‌های با تفاوت مواجه شدند. همچنین برای استفاده از تحلیل کوواریانس باید پیش فرض‌های همگنی ماتریس کوواریانس، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون برقرار باشد.

جدول شماره ۲: آزمون ام باکس برای پیش فرض همگنی ماتریس کوواریانس در متغیرهای وابسته

متغیر	M باکس	df. 1	df. 2	F	Sig
متغیر وابسته	۳۱/۸۵	۱۰	۳۰۹۱/۲۷	۱/۶۱	۰/۲۴

از آزمون ام باکس برای بررسی همگنی ماتریس کوواریانس استفاده شد که نتایج نشان می‌دهد کوواریانس در دو گروه برابر هستند. چرا که مقادیر F محاسبه شده در سطح $P < ۰/۰۵$ معنی دار نیست.

جدول شماره ۳: نتایج آزمون لون برای همگنی واریانس‌ها در متغیرهای وابسته

متغیر	آماره	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
نظریه ذهن	۱/۷۶	۱	۲۸	۰/۳۸
بعد رفتاری بد تنظیمی	۱/۳۴	۱	۲۸	۰/۹۸
بعد شناختی بد تنظیمی	۱/۰۹	۱	۲۸	۰/۲۳
بعد هیجانی بد تنظیمی	۱/۵۸	۱	۲۸	۰/۵۴

از آزمون لون جهت بررسی مفروضه یکسانی واریانس‌ها استفاده شد که نتایج نشان داد شرط همگنی واریانس نمرات در متغیرهای پژوهش برقرار است. چرا که مقادیر F محاسبه شده در سطح $P < ۰/۰۵$ معنی دار نیست.

جدول شماره ۴: پیش فرض همگنی شیب رگرسیون در متغیرهای وابسته

متغیر	F ضریب	P
نظریه ذهن	۱/۷۰	۰/۳۸
بعد رفتاری بد تنظیمی	۱/۶۷	۰/۷۲
بعدشناختی بد تنظیمی	۱/۸۵	۰/۳۵
بعدهیجانی بد تنظیمی	۱/۶۷	۰/۹۴

نتیجه بررسی یکسانی شیب رگرسیون نشان داد که F محاسبه شده در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. بنابراین یکسانی شیب رگرسیون در متغیرهای پژوهش برقرار است. با توجه به اینکه پیش فرض های تحلیل کوواریانس چند متغیره محقق شده است، لذا می توان جهت تحلیل داده ها از این روش استفاده نمود که نتایج در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول شماره ۵: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره گروه های آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون متغیرهای

وابسته

نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F ضریب	P
اثر پیلایی	۰/۳۹	۴	۲۱	۳۴/۵۷	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۵۷	۴	۲۱	۳۴/۵۷	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۴۶/۸۲	۴	۲۱	۳۴/۵۷	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه ری	۴۶/۳۴	۴	۲۱	۳۴/۵۷	۰/۰۰۱

یافته های موجود در جدول ۵ تحلیل کوواریانس چندمتغیره را روی نمرات وابسته نشان می دهد. بنابراین آموزش مهارت های اجتماعی حداقل بر روی یکی از متغیرهای وابسته در گروه آزمایشی، تاثیر معناداری داشته است.

جدول شماره ۶: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت مقایسه گروه های آزمایشی و کنترل در تنظیم هیجان

منبع	متغیر وابسته	مجموع	درجه	میانگین	F	P
پراکندگی		مجذورات	آزادی	مجذورات		
گروه	نظریه ذهن	۲۳/۰۹	۱	۲۳/۰۹	۲۱/۳۵	۰/۰۰۱
	بعد رفتاری	۴۷/۵۶	۱	۴۷/۵۶	۱۹/۸۱	۰/۰۰۱
	بد تنظیمی	۵۷/۱۱	۱	۵۷/۱۱	۲۳/۲۸	۰/۰۰۱
	بعدشناختی	۷۳/۸۲	۱	۷۳/۸۲	۳۴/۱۷	۰/۰۰۱
	بعدهیجانی					
	بد تنظیمی					

همانطور که در جدول ۶ نشان داده شده، آموزش مهارت های اجتماعی تاثیر معنی داری روی نظریه ذهن و بدتنظیمی هیجانی دارد به نحوی که باعث افزایش نظریه ذهن و کاهش بعد رفتاری بدتنظیمی، بعد شناختی بدتنظیمی و بعد هیجانی بدتنظیمی در نوجوانان مبتلا به دیابت می شود و در سطح $P < 0/01$ معنی دار می باشد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مهارت های اجتماعی باعث افزایش نظریه ذهن و کاهش بدتنظیمی هیجانی در نوجوانان مبتلا به دیابت می شود که با یافته های پژوهش مورگان و پیرسون (۱۹۹۴)؛ بینرت و اشنايدر (۱۹۸۹)؛ ماهان و همکاران (۲۰۰۴)؛ و گرشام، باوون و کوک (۲۰۰۶) مطابقت می کند.

در مطالعه ای که مورگان و پیرسون (۱۹۹۴) در زمینه آموزش مهارت های اجتماعی انجام دادند، مشخص شد که آموزش مهارت های اجتماعی بر کاهش درگیری، پرخاشگری و ناسازگاری های کودکان با همکلاسی هاشان تاثیر دارد. بینرت و اشنايدر (۱۹۸۹)؛ به نقل از لیبرمن، (۲۰۰۰) در پژوهشی دریافتند که برنامه آموزش مهارت های اجتماعی در افزایش ادراک خود اجتماعی و کاهش رفتارهای منفی و پرخاشگرانه کودکان نسبت به همسالان مؤثر بوده است؛ به طوری که آموزش مهارت های اجتماعی باعث بهبود توانایی و کیفیت در رفتار آنها می گردد. ماهان و همکاران (۲۰۰۴)؛ به نقل از هراندز، (۲۰۰۶) در مطالعه ای خود نشان دادند که هم آموزش مهارت های اجتماعی و هم برنامه مداخله شناختی - رفتاری در کاهش نرخ رفتارهای اغتشاشی و خشونت آمیز در کوتاه مدت و دراز مدت مؤثر بوده است. گرشام، باوون و کوک (۲۰۰۶) در پژوهشی مهارت های اجتماعی را به عنوان رفتارهای جایگزین برای دانش آموزان در معرض خطر پیشنهاد داده اند. آنها پس از آموزش مهارت های اجتماعی در ۱۲ هفته به کودکان و نوجوانان پرخاشگر که از اختلالات رفتاری و عاطفی رنج می بردند، خاطر نشان ساختند که آموزش مهارت های اجتماعی بر مهار خشم و پرخاشگری، دوستیابی، ارتباط و ابراز وجود مؤثر بوده است.

بنابراین با عنایت به تحقیقات متعددی که در زمینه تاثیر آموزش مهارت های اجتماعی در گروه های گوناگون در راستای کاستن از رفتارهای ناسازگار انجام گرفته است؛ می توان بیان کرد که یکی از دلایل عمده اقدام افراد به رفتارهای پرخاشگرانه مکرر، فقدان مهارت های اجتماعی اساسی است و آموزش مهارت های اجتماعی در تنظیم و بهبود روابط بین فردی، پذیرش مسئولیت های اجتماعی، تصمیم گیری های صحیح و حل تعارض ها تأثیر فراوان دارد. دستیابی به این هدف ها عملا امکان پذیر نیست، مگر آن که مهارت هایی از قبیل کنترل و تنظیم هیجان های منفی، حل مسئله، تصمیم گیری، تفکر و برقراری روابط بین فردی مناسب به افراد دارای رفتار خشونت آمیز آموزش داده شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). طبق یافته های یاگمورلو و همکاران (۲۰۰۵) نظریه ذهن برای داشتن تمایلات اجتماعی و مهارت های ارتباطی ضروری تلقی شده است و سایر مطالعات نشان داده است، نظریه ذهن با آن مواردی از قبیل پذیرش از سوی همسالان (اشلاتر و دنیس، ۲۰۰۷)، شایستگی و کفایت اجتماعی (بوساکی و وایلد آستینگتون، ۱۹۹۹) و رفتار اجتماعی (جنکینگز و آستینگتون، ۲۰۰۰)، در کودکان عادی مرتبط است. در نتیجه با آموزش مهارت های اجتماعی می توان به ارتقای نظریه ذهن کمک کرد تا از این طریق کودکان با شناخت هیجانات، درک باورها، امیال و پیش بینی و تبیین رفتارهای دیگران، حالات ذهنی آنها را درک کنند و از آن برای برقراری تعاملات اجتماعی استفاده کنند.

به نظر می رسد مهارت های اجتماعی باعث افزایش نظریه ذهن می شود؛ لذا باید در امر آموزش مهارت های اجتماعی و افزایش مؤلفه هایی که موجب کاهش پرخاشگری و ارتقای نظریه ذهن می شوند، تلاش کرد. بدون شک نوجوانان مبتلا به

دیابت به دلیل استرسورهای نمی توانند ظرفیت های خود را در بستر جامعه به سطح مهارت و خودشکوفایی برسانند، به همین دلیل با بروز رفتارهای ناپخته و سازمان نیافته، ممکن است در آینده دچار سایر اختلالات رفتاری و عاطفی شوند؛ در حالی که اکتساب مهارت هایی که بیان افکار و احساسات را امکان پذیر می سازند، سبب غنای روابط بین فردی با دیگران در موقعیت های خانواده، مدرسه و اجتماع خواهد شد. لذا نتایج این پژوهش تلویحات مهمی در زمینه آموزش مهارت های اجتماعی و مداخلات درمانی برای کنترل بدتنظیمی هیجانی و ارتقاء نظریه ذهن به همراه دارد.

با توجه به اینکه بدتنظیمی هیجانی مسئله ای ناهمگون است که تحت تاثیر متغیرهای متعددی قرار دارد بی شک عوامل ارثی، روان شناختی و اجتماعی زیادی در بروز و تشدید آن نقش دارند و شاید یکی از مهمترین کاستی های این پژوهش، بررسی و آموزش صرف ابعاد مهارت اجتماعی اساسی و نادیده گرفتن سایر متغیرهای موثر در بروز پرخاشگری و ارتقای نظریه ذهن می باشد. علاوه بر این پژوهش حاضر تنها بر روی نوجوانان مبتلا به دیابت انجام شده و تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. لذا پیشنهاد می شود پژوهش های دیگر همسو با این موضوع متغیر های دیگر تاثیرگذار بر نظریه ذهن و بدتنظیمی هیجانی را مدنظر قرار داده و تاثیر آن با سایر عوامل روان شناختی موثر بر نظریه ذهن همچون توانایی های شناختی و تجربیات اجتماعی و همچنین آموزش نظریه ذهن را جهت درک امیال و عواطف، درک باور غلط اولیه و ثانویه مورد بررسی قرار دهند.

منابع

1. American Diabetes Association. 7. Obesity Management for the Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. *Diabetes care*. 2018 Jan;41(Suppl 1):S65.
2. Ansarinezhad, S. ; Movallali, G. & Adib Sereshki, N. (2012). The effectiveness of Theory of Mind Training on the Promotion of Theory of Mind Levels in Educable Intellectual Disability(Text in Persian). *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 1(2), P:105-120.
3. Bodden,M. E. , Dodel,R. , Kalble,E. (2010). Theory of mind in parkinsons disease and related basal gonglia disorders : a systematic review. *movement disorder*,25,1,13-27.
4. Bosacki S, Wilde Astington J. Theory of mind in preadolescence:Relations between social understanding and social competence. *Social Development*. 1999;8(2):237-55.
5. Cebula, K. R. & Wishart, J. G. (۲۰۰۸). Social Cognition in Children with Down syndrome. In M. G. Laraine (Ed.), *International Review of Research in Mental Retardation (Volume ۳۵ ed. , pp. ۸۶-۴۳)*. Academic Press.
6. Dahlgren,S. , Dahlgren Sandberg,A. , Larsson,M. (۲۰۱۰). Theory of mind in children with sever speach and physical impairments. *Research in developmental disabilities*,۳۱,۶۱۷-۶۲۴.
7. Deacon CF. Peptide degradation and the role of DPP-4 inhibitors in the treatment of type 2 diabetes. *Peptides*. 2018 Feb 1;100:150-7.
8. Eskandari , F. (2010). The role of family structure , parenting practices and adolescent perception of conflict between parents and their aggressiveness . Master's thesis . Tabriz University . (In Persian).
9. Flavell, J. H. , Miller. P. H. , & Miller, S. A. (1993). *Cognitive development*. Englewood Cliffs,NJ: Prentice Hall.
10. Ghamrani, A. ; Alborzi, SH. & Khayer, M. (2006). Validity and Reliability of the Theory of Mind Test(TOM Test) for Use in Iran(Text in Persian). *Journal of Psychology*,10(2 (38)),P:181-199.
11. Grady, C. L. , Keightley, M. L. (2002). Studies if altered of social neuroimaging . *candian journal of psychiatry*, 47(4) , 327-355.
12. Gresham, F. M. , Van, M. B. , & Cook, C. R. (2006). Social skills training for teaching replacement behaviors: Remediating acquisition deficits in at-risk students,[http/www.Proquest.com](http://www.Proquest.com).
13. Gresham, F. M. , Watson, T. S & Skinner C. H. (2001). Functonal behavioral assessment: Principles, procedures, and future directions. *School psychology Review* 30,150-172.
14. Haidari, T. ; Shamive Isfahani, A. & Faramarzi, S. (2011). The Comparision Theory of Mind Dimension in Autism Children and Normal Children Isfahan City(Text in Persian). *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 12(3 (45)), P:64-70.
15. Hassanzadeh, S. ; Mohseni, N. ; Afrouz,GH. A. & Hejazi, E. (2007). The Study of Cognitive Development in Deaf Children Based on Theory of Mind(Text in Persian). *Research on Exceptional Children* ,7(1 (23)),P:19-44.

16. Hernandez H. Social skills training: a comparison of a 12- week training program to a 24- week training program. *European Neuropsychopharmacology* 2006; 152: 152-5.
17. Himachi M, Hashiro M, Miyake R. Differences in processing of emotional faces by avoidance behavior: In the case of university students with acne. *Journal of Psychosomatic Research*. 2018,1;109:108.
18. Johnson, D. & Johnson, R. (2000). *Learning together and alone: cooperative, competitive, and individualistic learning*, Boston: Allyn and Bacon.
19. Kako Jouybari, A. , Shaghghi, F. , Baradaran, M. (2013). Development of Social Cognition in theory of mind in children. *Social Cognition*. Vol. 1, No. 2, Autumn & Winter 2013.
20. Liberman. (۲۰۰۰). *Social skill training*. Press Pergaman.
21. Malafouris L. Mind and material engagement. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*. 2019,15;18(1):1-7
22. Morgan, V. , & Perarson, S. , (1994). Social skills training a junior school setting. *Educational psychology in practice*. 10(2): pp:99-108
23. Muris, P. ; Steerneman, P. ; Meesters, C. ; Merckelbach, H. ; Horselenberg, R. ; van den Hogen, T. & van Dongen, L. , (1999). The TOM test: A new instrument for assessing theory of mind in normal children and children with pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29(1), P: 67-80.
24. Nangle, Douglas W. , Erdley, Cynthia. Carpenter, Erika M. , & Newman, Julie E. (2002). Social skills training as a treatment for aggressive children and adolescents: a developmental-clinical integration, *Aggression and Violent Behavior*, Volume 7, Issue 2, 169-199.
25. Resches M, Perez-Pereira M. Referential communication abilities and theory of mind development in preschool children. *Journal of Child Language*. 2007;34(1):21.
26. Sadock, B. J. , & Sadock, V. A. Kaplan & Sadock's *Synopsis of Psychiatry Bahavioural Science* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
27. Segrin C, Taylor M. Positive interpersonal relationships mediate of association between social skills and psychological well-being. *Personality And Individual Differences* 2007; 43(4):637-46.
28. Slaughter V, Dennis MJ, Pritchard M. Theory of mind and peer acceptance in preschool children. *British Journal of Developmental Psychology*. 2002;20(4):545-64.
29. Slavich GM, Taylor S, Picard RW. Stress measurement using speech: Recent advancements, validation issues, and ethical and privacy considerations. *Stress*. 2019 Jul 4;22(4):408-13.
30. Taylor, L. J. , & Kinderman, P. (۲۰۰۲). An analogue study of attribution complexity theory of mind deficits and paranoia . *British journal of psychology*, ۱۴۰-۹۳, ۱۳۷.
31. Thong EP, Codner E, Laven JS, Teede H. Diabetes: a metabolic and reproductive disorder in women. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2020 Feb 1;8(2):134-49

32. Wittrup AR, Hussain SB, Albright JN, Hurd NM, Varner FA, Mattis JS. Natural mentors, racial pride, and academic engagement among black adolescents: Resilience in the context of perceived discrimination. *Youth & Society*. 2019;51(4):463-83
33. Yagmurlu B, Berument SK, Celimli S. The role of institution and home contexts in theory of mind development. *Journal of applied developmental psychology*. 2005;26(5):521-37